

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

2343311
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
0 8 / 0 9 / 1 2 / 5

6-Número da Guia Principal
13979878

5-Sentença
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 2 / 0 6 / 1 2 / 5

3-Data de Emissão da Guia
1 0 / 0 6 / 1 2 / 5

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 1 2 1 4 8 4 6 0 0 0 0 0 1 0 6

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ / / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
/ / / / /

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome
ANA CLARA PINHEIRO COSTA

14-Telefone
() / / / / /

15-Nome do titular do plano
JARDÉS CORREA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
WANESSA LIANY DA GAMA BARROS

17-Nome do Profissional Solicitante
WANESSA LIANY DA GAMA BARROS

18-Número no CRO
4637

19-UF
PA

20-Código CBO S
025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

5 2 6 6 4 4 6 5 2 8 7

22-Nome do Contratado Excecuinte
WANESSA LIANY DA GAMA BARROS

26-Nome do Profissional Excecuinte

WANESSA LIANY DA GAMA BARROS

27-Número no CRO
4637

28-UF
PA

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítalo	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0	0 1 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	36	1	1	3 4 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	S	12/06/2012	X
2-0	0 1 8 5 2 0 0 1 5 8	TRATAMENTO ENDODONTICO	36	1	1	5 3 3 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	S	12/06/2012	X
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento
/ / / / /

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
5 6 7 0 0 0

47-Valor Total R\$
/ / / / /

48-Total Franquia / Co-participação R\$
/ / / / /

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

45-Observação

Favor anexar rx inicial e final ao término do procedimento de endodontia conforme regras da operadora.
12/06/12 - Instalação do pino (dente 36)

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/06/12

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
/ / / / /

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / / /

53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ / / / /

Wanessa Barros
Dr. Wanessa Barros
Cirurgiã - Dentista
Endodontista
CRO/PA 4637

Wanessa Barros
Dr. Wanessa Barros
Cirurgiã - Dentista
Endodontista
CRO/PA 4637